

# EVOLUTIE VAN DAGHOSPITALISATIE: IMPACT VAN DE FINANCIERING EN REGELGEVING

## SYNTHESE





# EVOLUTIE VAN DAGHOSPITALISATIE: IMPACT VAN DE FINANCIERING EN REGELGEVING

## SYNTHESE

STEFAAN VAN DE SANDE, NATHALIE SWARTENBROEKX, CARINE VAN DE VOORDE, CARL DEVOS, STEPHAN DEVRIESE





## ■ VOORWOORD

De vooruitgang in de gezondheidszorg hoeft niet altijd spectaculair te zijn. Vele kleine verbeteringen in operatietechniek, endoscopische materialen, anesthesiemethoden,... maar ook in de omkadering inzake organisatie, infrastructuur, nursing en nazorg hebben samen voor een langzame revolutie gezorgd. Wat vijftien of twintig jaar geleden in vele gevallen nog ondenkbaar was – een patiënt opereren en nog dezelfde dag naar huis laten gaan – is vandaag courant geworden. De toename van daghospitalisatie is dan ook niet minder dan spectaculair te noemen.

Maar zijn we vandaag waar we zouden moeten zijn? Anders gezegd, is het potentieel van het dagziekenhuis ten volle gerealiseerd? Of blijven er ingrepen die om een of andere reden, bijvoorbeeld omdat de financiële prikkels fout zitten, nog te vaak aanleiding geven tot een klassieke opname? En hoort alles wat als dagopname wordt gefinancierd wel degelijk in een dagopname thuis? Zijn er (al dan niet gewettigde) verschuivingen van wat voorheen ambulante gebeurde naar het dagziekenhuis? Niet al deze vragen zullen een definitief, eenduidig antwoord kunnen krijgen. De case mix is trouwens zo gediversifieerd dat algemene stellingen weinig zin hebben.

Anderzijds valt veel te leren uit een systematische kritische analyse van de opeenvolgende hervormingen van het financieringssysteem, vooral tegen het licht van de financieringssystemen die in het buitenland worden gehanteerd voor het dagziekenhuis. Of hoe complexiteit en incoherentie soms ook tot inefficiëntie en paralyse kunnen leiden.

Het is een complex verhaal geworden, maar voor vele actoren te velde en in het beleid is deze complexiteit hun dagelijks brood. Wij hopen hen met deze studie een enigszins gestructureerd inzicht te kunnen geven in de situatie zoals ze op vandaag is geëvolueerd. En vooral ook nuttige inzichten over hoe er in de toekomst moet bijgestuurd worden.

Raf MERTENS  
Algemeen Directeur



## ■ SYNTHESE

### TABLE OF CONTENTS

|      |   |           |
|------|---|-----------|
| ■    | <b>VOORWOORD</b> .....  | <b>1</b>  |
| ■    | <b>SYNTHESE</b> .....   | <b>2</b>  |
| 1.   | <b>ACHTERGROND</b> .....  | <b>4</b>  |
| 2.   | <b>FINANCIERING VAN DAGHOSPITALISATIE IN BELGIË</b> .....   | <b>5</b>  |
| 2.1. | WELKE VERSCHILLENDE ZORGOMGEVINGEN BESTAAN ER? .....  | 5         |
| 2.2. | ALGEMENE PRINCIPES VAN HET BELGISCHE ZIEKENHUISFINANCIERINGSSTELSEL .....                             | 5         |
| 2.3. | FINANCIERING VAN DAGHOSPITALISATIE IN BELGIË .....  | 6         |
|      | 2.3.1. Historisch overzicht .....   | 6         |
|      | 2.3.2. Huidige situatie .....   | 8         |
| 3.   | <b>BESCHIKBARE GEZONDHEIDSZORGGEGEVENS OVER VOLUME EN UITGAVEN</b> .....                              | <b>8</b>  |
| 4.   | <b>EVOLUTIE VAN HET VOLUME EN DE UITGAVEN BIJ KLASSIEKE HOSPITALISATIE EN DAGHOSPITALISATIE</b> ..... | <b>9</b>  |
| 4.1. | ALGEMENE EVOLUTIE .....   | 9         |
| 4.2. | EVOLUTIE VAN DAGHOSPITALISATIE .....  | 10        |
|      | 4.2.1. Globale evolutie van de RIZIV terugbetalingen voor daghospitalisatieforfaits .....             | 10        |
|      | 4.2.2. Chirurgische daghospitalisatie .....   | 11        |
|      | 4.2.3. Niet-chirurgische daghospitalisatie forfaits 1 tot 7 .....                                     | 11        |
| 5.   | <b>VERSCHUIVING TUSSEN DE ZORGOMGEVINGEN</b> .....  | <b>12</b> |
| 5.1. | SELECTIE VAN DE ZORGVERSTREKKINGEN .....  | 12        |
| 5.2. | OVERZICHT VAN DE VERSCHUIVINGEN .....   | 12        |
| 5.3. | VERSCHUIVINGEN VAN KLASSIEKE HOSPITALISATIE NAAR DAGHOSPITALISATIE .....                              | 15        |
| 5.4. | VERSCHUIVINGEN VAN AMBULANTE ZORGEN NAAR DAGHOSPITALISATIE .....                                      | 16        |
| 5.5. | VERSCHUIVINGEN VAN DAGHOSPITALISATIE NAAR AMBULANTE ZORG .....  | 16        |
| 6.   | <b>DAGHOSPITALISATIEACTIVITEIT EN FINANCIERING IN ANDERE LANDEN</b> .....                             | <b>17</b> |
| 6.1. | INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN HET PERCENTAGE CHIRURGISCHE DAGINGREPEN .....                         | 17        |
| 6.2. | FINANCIERING VAN DAGHOSPITALISATIE .....  | 18        |
| 7.   | <b>CONCLUSIE EN DISCUSSIE</b> .....   | <b>19</b> |



- 7.1. EVOLUTIE VAN DAGHOSPITALISATIE: EEN GEMENGD BEELD VAN VERSCHUIVINGEN EN TOENAMES..... 19
- 7.2. IMPACT VAN HET FINANCIERINGSSYSTEEM EN VAN DE REGELGEVING ..... 20
- 7.3. BEPERKINGEN VAN DE STUDIE ..... 21
- 7.4. EVALUATIE VAN DE ACTUELE FINANCIERING VAN DAGHOSPITALISATIE ..... 21
  - 7.4.1. Gebrek aan transparantie ..... 21
  - 7.4.2. Gebrek aan wetenschappelijk bewijsmateriaal ter ondersteuning van de keuze voor een bepaalde zorgomgeving ..... 22
- 7.5. MOGELIJKE RICHTLIJNEN VOOR DE TOEKOMST..... 22
  - 7.5.1. Een globaal plan voor ziekenhuisactiviteiten ..... 22
  - 7.5.2. Internationale trends op het gebied van financiering van daghospitalisatie ..... 23
- **AANBEVELINGEN..... 24**
- **ONDERZOEKS AGENDA..... 26**



## 1. ACHTERGROND

Heel wat factoren beïnvloeden de keuze om patiënten voor diagnosestelling en behandeling door te verwijzen naar het dagziekenhuis dan wel naar een klassieke opname-eenheid. Deze factoren kunnen in drie categorieën worden onderverdeeld (zie Figuur 1):

- Factoren die hun oorsprong vinden in de medische praktijkvoering;
- Factoren die verband houden met regelgeving en financiering (vb. wettelijke grenzen opgelegd aan medische praktijkvoering);
- Factoren die verband houden met sociaaldemografische en sociaaleconomische kwesties. Zo bijvoorbeeld wordt, bij het overwegen van een eventuele klassieke hospitalisatie van een patiënt, in sommige gevallen rekening gehouden met de sociale situatie of gewoonweg met de voorkeur van de patiënt.

Die factoren kunnen in de tijd echter variëren. Dat de gezondheidszorg tegenwoordig op meer plaatsen dan ooit tevoren kan worden verstrekt, is een verdienste van de vooruitgang van de medische technologie en de evolutie van medische procedures. Ook de wetgeving en meer bepaald de financieringsmechanismen ondergingen door de jaren heen grondige wijzigingen die er onder meer toe geleid hebben dat daghospitalisatie boven de klassieke hospitalisatie werd verkozen.

Het voornaamste argument om daghospitalisatie financieel te stimuleren is dat het voor de samenleving goedkoper is om de ziekenhuiszorgen op één en dezelfde dag te verstrekken. Uiteraard blijft dit argument alleen maar overeind als daghospitalisatie in de plaats treedt van de klassieke hospitalisatie, en niet wanneer het financieringsstelsel op zichzelf daghospitalisatie stimuleert of wanneer ambulante zorgen naar de omgeving van de dagkliniek worden overgedragen. Het vervangen van ambulante diensten door daghospitalisatie en het induceren van daghospitalisatie doen ook vragen rijzen bij de geschiktheid van de verstrekte diensten.

De afgelopen decennia deden er zich verschuivingen voor tussen de verschillende zorgomgevingen. Een onderzoek dat tussen 1999 en 2007 in Vlaamse algemene ziekenhuizen werd gevoerd, toont aan dat het aandeel daghospitalisaties in het totaal aantal hospitalisaties steeg van 34,0% naar 47,5%. In diezelfde periode steeg het aantal klassieke hospitalisaties (een

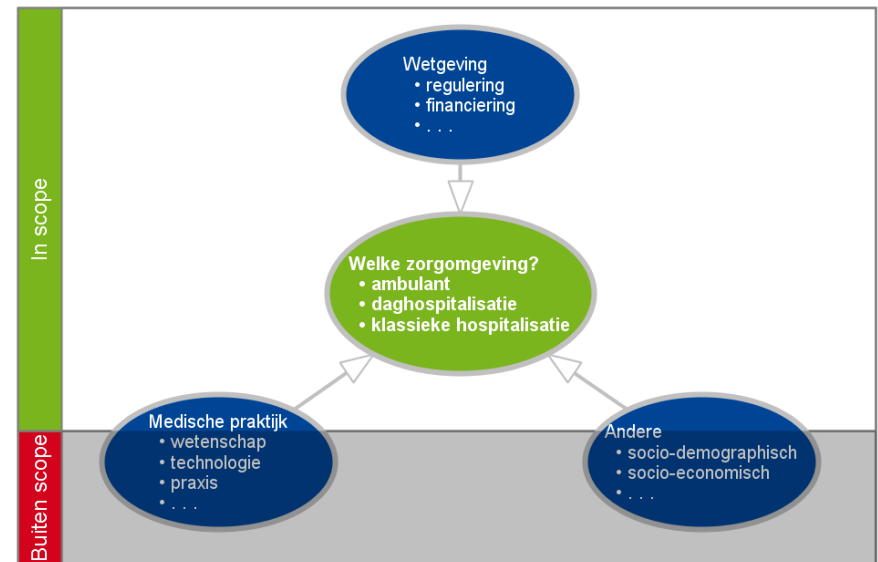
toename met 5,1% voor chirurgische opnames en met 6% voor niet-chirurgische opnames) slechts miniem ten opzichte van het aantal daghospitalisaties (een stijging van 62,5% voor chirurgische opnames en van 103,3% voor niet-chirurgische opnames).

Daarmee volgt ook België de internationale trend die wijst op een gevoelige stijging van het aandeel interventies in daghospitalisatie ten opzichte van het aantal ingrepen in klassieke hospitalisaties.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Christelijke en Socialistische Ziekenfondsen vroegen het KCE na te gaan wat de impact is van de huidige financiering en regelgeving op de daghospitalisatie.

Dit is de eerste studie die uitvoerig nagaat of regelgeving en financieringsregels meerkosten veroorzaken dan wel kosten tussen de verschillende Belgische zorgomgevingen verschuiven.

**Figuur 1 – Scope: factoren die de keuze voor een bepaalde zorgomgeving beïnvloeden**







## 2. FINANCIERING VAN DAGHOSPITALISATIE IN BELGIË

### 2.1. Welke verschillende zorgomgevingen bestaan er?

Zowel de wetenschappelijke literatuur als de wetgeving hanteren voor de omgeving waar de zorg wordt geleverd concepten die elkaar vaak overlappen. Afhankelijk van de fysieke locatie, het type zorgverstrekking, het type zorgverstreker en het type financiering bestaan er verschillende taxonomieën.

In de context van dit rapport hanteren we volgende concepten en definities.

- **Ambulante zorg:** zorg verstrekt in een privépraktijk of polikliniek of binnen een andere niet-institutionele infrastructuur of in een zelfstandig centrum, met inbegrip van de thuiszorg.
- **Daghospitalisatie:** daghospitalisatie wordt in België wettelijk omschreven als de zorg verstrekt in een instelling die beschikt over gevestigde procedures voor het selecteren van patiënten, voor de veiligheid, kwaliteitscontrole, continuïteit, rapportering en samenwerking met verschillende medisch-technische diensten. De terugbetalingsvoorwaarden vermelden de criteria waaraan een opname voor daghospitalisatie moet voldoen:
  - de verstrekte zorg geeft geen aanleiding tot een ziekenhuisverblijf met overnachting;
  - en ze vindt niet plaats in een consultatieruimte (voor ambulante patiënten) van de instelling;
  - en de zorgverstrekking wordt niet onmiddellijk gevolgd door een voorziene ziekenhuisverpleging in dezelfde verpleeginrichting;
  - en "(...) er is een procedure (...) voorzien voor de opvolging van de patiënt na zijn ontslag".
- **Klassieke hospitalisatie:** alle zorgen verstrekt aan een patiënt die voor een behandeling, een onderzoek of voor observatie minstens een nacht in een ziekenhuis verblijft.

### 2.2. Algemene principes van het Belgische Ziekenhuisfinancieringsstelsel

De meeste middelen voor het financieren van ziekenhuizen<sup>a</sup> zijn in België afkomstig van twee bronnen:

- **Budget van Financiële Middelen (BFM):** de globale toelagen voor het ziekenhuis (zie Kader 1).
- **Vergoeding van de honoraria gefactureerd per patiënt voor de zorgen** die door de zorgverleners in het ziekenhuis werden verstrekt, zowel bij klassieke hospitalisatie als bij daghospitalisatie. Die honoraria worden over de zorgverstrekkers verdeeld, met uitzondering van:
  - de bijdragen van de zorgverstrekkers in de werkingskosten (benutte ruimte, uitrusting, personeel, algemene diensten) van hun medische activiteiten;
  - en kosten die niet worden gedekt door het BFM.

Het RIZIV is voor dit gedeelte van de ziekenhuisfinanciering verantwoordelijk.

---

<sup>a</sup> Een klein gedeelte van de financieringsmiddelen voor ziekenhuizen komt van gewestelijke en gemeenschapsbronnen of van vergoedingen van privéverzekeringen en van rechtstreekse betalingen door de patiënt.



### Kader 1 – Het Budget van Financiële Middelen

Het Budget van Financiële Middelen (BFM) omvat

- een vast gedeelte dat maandelijks aan de ziekenhuizen wordt uitgekeerd, zonder facturatie per patiënt;
- een variabel gedeelte uitgekeerd in de vorm van 2 forfaits per patiënt (een per opname en een per diem).

Deze betalingen dekken medische en niet-medische investeringen, installaties en apparatuur, administratie, paramedisch en ander niet-medisch personeel, een deel van de kosten voor de opname en voor het verblijf, enz. Dit gesloten financieringssysteem legt het accent op de activiteit in termen van behandelde pathologieën en gerechtvaardigde bedden, eerder dan op het aantal erkende bedden.

De Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu is verantwoordelijk voor de berekening van de individuele financiële middelen die aan de ziekenhuizen worden toegekend. Zowel het vaste als het variabele gedeelte worden grotendeels door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) betaald.

## 2.3. Financiering van daghospitalisatie in België

### 2.3.1. Historisch overzicht

In 1985 werd een eerste stap gezet in de financiering van daghospitalisatie met de toekenning van een gipszaalforfait, een vaste prijs als vergoeding voor de kosten van het ziekenhuis voor de gipszaal en het personeel.

De huidige financiering van daghospitalisatie is echter het resultaat van verschillende hervormingen sinds 1985 (zie Figuur 2).

In 1987 werden vier forfaits in het leven geroepen: Mini, Maxi, Super, en hemodialyse. Het bedrag van de eerste drie was ziekenhuisgebonden en werd vastgesteld op basis van onderdeel B2 "kosten van klinische verstrekkingen" van het BFM. Elk van deze forfaits was gekoppeld aan een "nominatieve lijst" van in aanmerking komende zorgverstrekkingen. Ziekenhuizen die prestaties verstrekten die op een van deze lijsten voorkwamen, hadden recht op het overeenstemmende forfait.

In 2002 werden er binnen het BFM voor de financiering van de chirurgische daghospitalisatie twee instrumenten in het leven geroepen:

- Lijst A: een lijst van heelkundige ingrepen waarvoor het ziekenhuis supplementaire BFM financiële middelen ontving als ze in daghospitalisatie werden uitgevoerd.
- Lijst B: een lijst van heelkundige ingrepen waarvoor het ziekenhuis identiek dezelfde BFM financiële middelen ontving ongeacht of de ingrepen in daghospitalisatie dan wel in het kader van een klassieke hospitalisatie werden uitgevoerd. Een ziekenhuis kon met andere woorden financieel worden bestraft als een ingreep van Lijst B werd uitgevoerd in een klassieke hospitalisatie.

De initiële selectie in 2002 van chirurgische ingrepen op Lijst A gebeurde aan de hand van drie criteria:

- prestaties vermeld op de nominatieve lijsten van eerdere forfaits;
- prestaties vermeld op een bestaande lijst van chirurgische ingrepen waarvoor het profylactisch gebruik van antibiotica vereist was;
- voor iedere ingreep moest minstens 60% van alle in daghospitalisatie of ambulantly uitgevoerde interventies zijn uitgevoerd in een ziekenhuisomgeving.

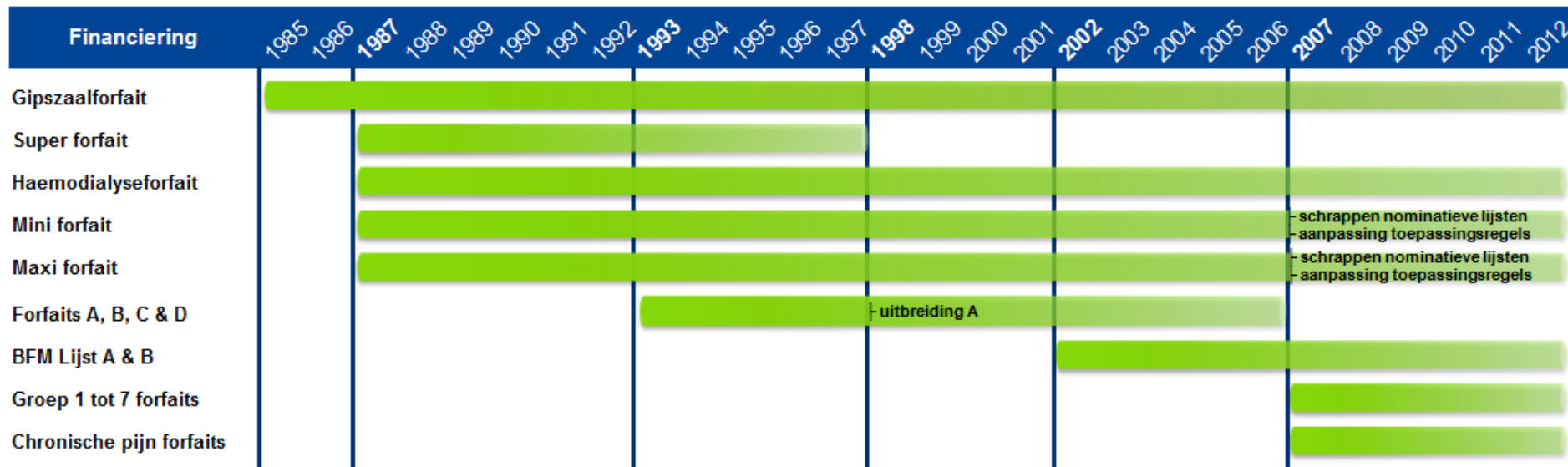
Lijst A onderging sinds 2002 slechts minieme wijzigingen die dan nog veeleer verband hielden met gewijzigde terugbetalingscodes dan wel met nieuwe prestaties.

In 2007 werden de forfaitcategorieën grondig herzien. De forfaits voor de zeven categorieën niet-chirurgische daghospitalisatie en daghospitalisatie chronische pijn werden bepaald op basis van een onderzoek van de eigenlijke kosten in 95 ziekenhuizen. De samenstelling van de nominatieve lijsten voor de zeven groepen forfaits niet-chirurgische daghospitalisatie was gebaseerd op de vroegere nominatieve lijsten van de forfaits Mini, Maxi en de opgeheven forfaits A tot D. De lijsten kregen er 33 nieuwe codes bij.

Afgezien van deze belangrijke aanpassingen ondergingen de nominatieve lijsten tussentijds meer ingrijpende wijzigingen. De meeste wijzigingen waren niets anders dan een verschuiving van terugbetaalde prestaties tussen twee nominatieve lijsten.



Figuur 2 – Overzicht van de voornaamste hervormingen binnen de daghospitalisatiefinanciering





### 2.3.2. *Huidige situatie*

Daghospitalisatie in België wordt vandaag grotendeels gefinancierd door een combinatie van de eerder beschreven bronnen:

- BFM voor chirurgische daghospitalisatie;
- Ziekenhuisonafhankelijke forfaits: gipszaalforfait, forfaits 1 tot 7 voor niet-chirurgische daghospitalisatie en forfaits 1 tot 3 voor chronische pijnbehandeling. Voor elk daarvan geldt een vaste prijs;
- Ziekenhuisafhankelijke forfaits: Maxiforfaits en Miniforfaits, de bedragen hiervan zijn vastgesteld in overeenstemming met het eerder toegekende onderdeel B2 van het BFM.

We vestigen de aandacht erop dat wanneer een daghospitalisatie verschillende prestaties omvat die voorkomen op verschillende nominatieve lijsten het ziekenhuis vrij kan kiezen om het "hoogste forfait" in rekening te brengen.

## 3. BESCHIKBARE GEZONDHEIDSZORGGEGEVENS OVER VOLUME EN UITGAVEN

Voor het bestuderen van de evolutie van volume, uitgaven en verschuivingen binnen de verschillende zorgomgevingen, hadden we de beschikking over verschillende gegevensbronnen (zie Tabel 1). Elk van die bronnen bevatte evenwel slechts een gedeelte van de informatie die we voor onze analyse nodig hadden. Om die beperking het hoofd te bieden grepen we verregaand terug naar een vergelijking van deze bronnen.

**Tabel 1 – Overzicht van de voornaamste gegevensbronnen**

| Naam                  | Beheerder | Inhoud  |
|-----------------------|-----------|---|
| Doc N<br>1995 → 2010  | RIZIV     | Uitgaven en aantal prestaties terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, op jaarbasis. Iedere prestatie kan twee nomenclatuurcodes bezitten: <ul style="list-style-type: none"><li>• A-codes: ambulante of in daghospitalisatie verstrekte prestaties</li><li>• H-codes: prestaties verstrekt in klassieke hospitalisatie</li></ul> |
| Doc FH<br>2000 → 2010 | RIZIV     | Uitgaven voor en aantal forfaits in daghospitalisatie per jaar en per ziekenhuis. Is het forfait verbonden met een nominatieve lijst, dan moet het ziekenhuis ter rechtvaardiging van het forfait een nomenclatuurcode opgeven. Werden meerdere prestaties verstrekt, dan kiest het ziekenhuis de meest gepaste nomenclatuurcode.           |
| ADH<br>2004 → 2009    | RIZIV     | Uitgaven voor en totaal aantal prestaties in daghospitalisatie terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering per jaar, gedetailleerd per patiëntverblijf.   |



Voor de berekening van het totale budget van de klassieke hospitalisaties of daghospitalisaties extrapoleerden we de dagforfaits om naast het variabele ook het vaste deel van de BFM betoelaging te weerspiegelen (zie beschrijving BFM hoger). Dit omdat in de databronnen enkel het terugbetaalde gedeelte per patiënt voorkwam.

Omwille van het ruime beschikbare tijds kader gaven we er de voorkeur aan om de gegevens van de Doc N A-codes te vergelijken met de gegevens van Doc FH om de verschuivingen te onderzoeken tussen de klassieke hospitalisatie en de daghospitalisatie of tussen de ambulante zorgen en de daghospitalisatie. Doordat Doc FH voor de prestaties in daghospitalisatie slechts een nomenclatuurcode per forfait vermeldt, bestaat de kans op een onderschatting van het aantal prestaties verbonden met een specifiek daghospitalisatieforfait. ADH bevat alle gerelateerde nomenclatuurcodes per daghospitalisatieforfait. Voor ieder daghospitalisatieforfait vergeleken we Doc FH en ADH wat het aantal prestaties van Doc N betreft. We opteerden voor Doc FH wanneer de prestaties vergelijkbaar waren en voor ADH als dat niet het geval was. Voor oogchirurgie (codes 246610 – 246621) bedraagt het verschil tussen Doc FH en Doc N 17,19%, terwijl ADH slechts 2,93% verschilt. In dit geval onderschat Doc FH het aantal interventies.

## 4. EVOLUTIE VAN HET VOLUME EN DE UITGAVEN BIJ KLASSIEKE HOSPITALISATIE EN DAGHOSPITALISATIE

### 4.1. Algemene evolutie

Tussen 2004 en 2010 stegen de totale (geëxtrapoleerde) uitgaven voor daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie samen op jaarbasis van 4,13 miljard euro naar 5,5 miljard euro, of met een gemiddelde per jaar van 4,1%. De totale uitgaven voor daghospitalisatie stegen met gemiddeld 4,5% per jaar, van 307 miljoen euro tot 398 miljoen euro.

Deze stijging binnen daghospitalisatie werd niet gecompenseerd door een daling van de uitgaven voor de klassieke hospitalisatie. De totale uitgaven voor klassieke hospitalisatie volgden het globale aangroepercentage en stegen per jaar met gemiddeld 4,1%, van 3,82 miljard euro in 2004 tot 4,85 miljard euro in 2010.

De toename van de uitgaven kan worden verklaard door een prijseffect: in dezelfde periode stegen de nationale gewogen gemiddelde per diem prijzen met 34,3% van €288,94 tot €388,14.

Wat het volume betreft stellen we vast dat het algemene totaal van de dagen in daghospitalisatie en die in klassieke hospitalisatie lichtjes daalden van 15,2 miljoen dagen in 2003 tot 15,1 miljoen dagen in 2010 wat een daling met 0,7% vertegenwoordigt. Het aantal dagen daghospitalisatie, gipszaal en Mini-prestaties inbegrepen, steeg van 1,7 miljoen dagen in 2003 tot 2,6 miljoen dagen in 2010, of een toename met 52,94%. Het aantal dagen klassieke hospitalisatie daalde met 7,41%, of van 13,5 miljoen dagen in 2003 tot 12,5 miljoen dagen in 2010. Die daling is volledig toe te schrijven aan een daling van de gemiddelde duur van een klassieke opname die evolueerde van 7,8 dagen in 2003 naar 7,5 dagen in 2009.

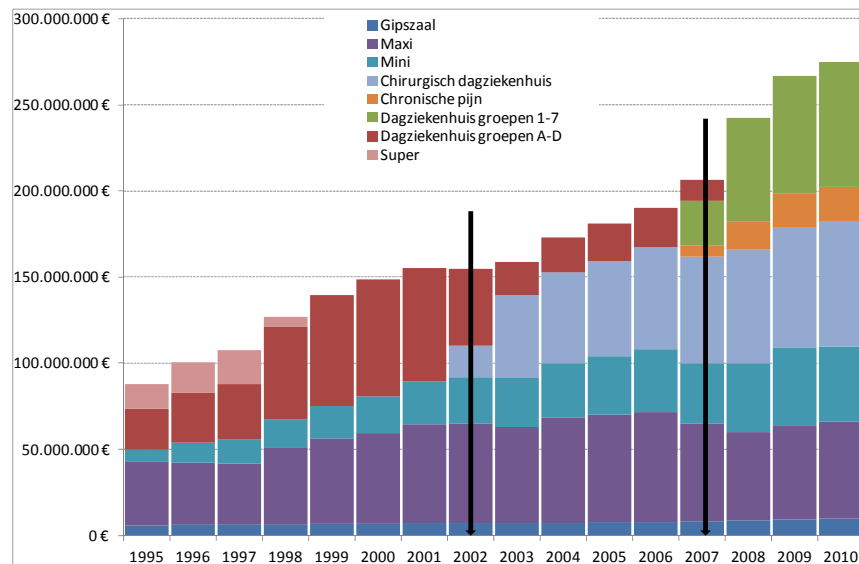


### 4.2. Evolutie van daghospitalisatie

#### 4.2.1. Globale evolutie van de RIZIV terugbetalingen voor daghospitalisatieforfaits

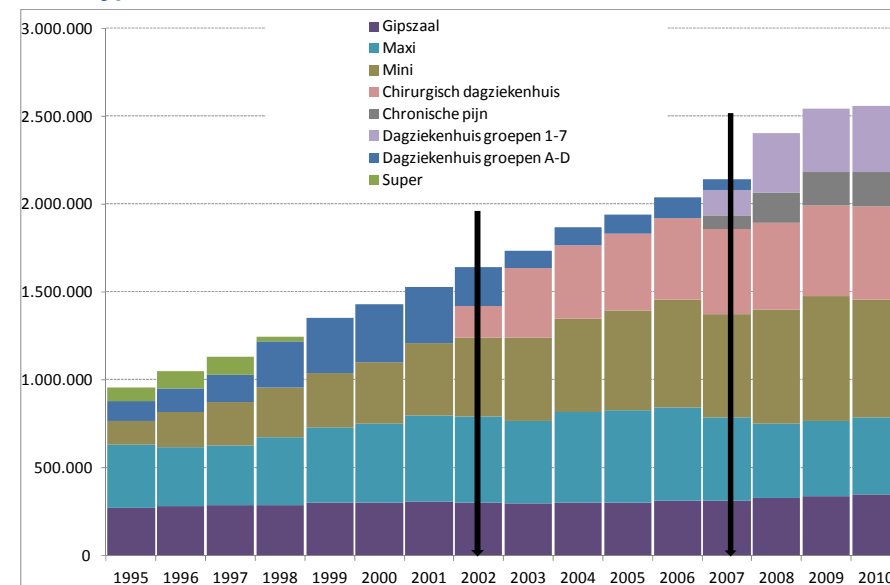
Tussen 1995 en 2010 stellen we een globale aangroei van de RIZIV-uitgaven vast, met een piek in 2007 als gevolg van de invoering van nieuwe forfaiten (zie Figuur 3). De meeste groepen van de daghospitalisatieforfaits vertonen een toename. Het Maxiforfait vormt daarop de enige uitzondering. De hervorming van 2007 waarbij de Maxi nominatieve lijst werd ingetrokken, stuitte de verdere toename tussen 2007 en 2010. We hebben geen recentere gegevens beschikbaar om de standvastigheid van dit effect na te gaan. De chemotherapieprestaties in het bijzonder die door het Maxiforfait worden gedekt en die door de tijd heen alleen maar gestaag aangroeiden, zouden een nieuwe stijging kunnen veroorzaken als gevolg van veranderingen in de oncologische praktijkvoering.

**Figuur 3 – Evolutie van de RIZIV terugbetalingen voor daghospitalisatie per type forfait tussen 1995 en 2010**



Figuur 4 toont dat het aantal dagen in daghospitalisatie dat recht geeft op een forfaitaire terugbetaling eveneens is toegenomen. De toename van de uitgaven kan bijgevolg maar gedeeltelijk door een prijseffect worden verklaard. Ook hier vormen de Maxiforfaits een uitzondering op de groeiregel. In de onderstaande paragrafen gaan we uitvoeriger in op de chirurgische daghospitalisatie en op de forfaiten 1 tot 7 voor niet-chirurgische daghospitalisatie.

**Figuur 4 – Evolutie van het nationaal aantal daghospitalisaties per forfaittype tussen 1995 en 2010**





#### 4.2.2. Chirurgische daghospitalisatie

Het aantal hospitalisaties voor prestaties in chirurgische daghospitalisatie steeg van 397.000 in 2003 naar 527.000 in 2010, wat neerkomt op een gemiddelde jaarlijkse toename van 5,8%. Dit valt niet te verklaren door een beduidende aangroei door de jaren heen van de desbetreffende nominatieve Lijst A want er werden er heel weinig nieuwe prestaties aan Lijst A toegevoegd sinds 2002.

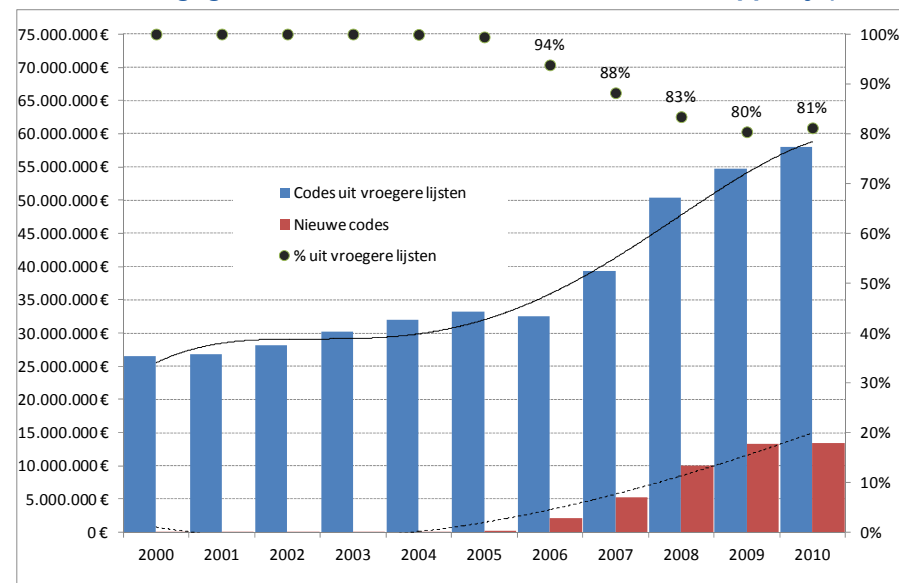
Die snelle toename van de chirurgische daghospitalisatie viel te verwachten; de hervorming van 2002 versterkte immers een doordacht beleid om chirurgische daghospitalisatie te stimuleren; in het verleden werd gewerkt met een bonus-malus financieringssysteem (het PAL – NAL-systeem leverde ziekenhuizen met een kortere verblijfsduur dan het rijksgemiddelde een bonus of, in het geval van een langere verblijfsduur, een malus op).

#### 4.2.3. Niet-chirurgische daghospitalisatie forfaits 1 tot 7

De uitgaven stijgen tussen 2000 en 2010, met een piek in 2007 als gevolg van de invoering van de niet-chirurgische forfaits 1 tot 7, waaronder zowel nieuwe codes alsook codes overgenomen uit eerdere nominatieve lijsten (zie Figuur 5). Terwijl de uitgaven tussen 2000 en 2006 stegen met 30,8%, verdubbelden ze nagenoeg tussen 2007 en 2010.

Deze scherpe toename kan worden verklaard doordat de forfaits in 2007 hoger lagen dan voordien. Het aantal daghospitalisaties voor de niet-chirurgische forfaits is sinds 2007 ook aanzienlijk toegenomen; tussen 2000 en 2006 bedroeg die toename 30,8% tegenover 49,1 % tussen 2006 en 2010.

**Figuur 5 – RIZIV terugbetalingen voor niet-chirurgische daghospitalisatie forfaits 1 tot 7 tussen 2000 en 2010 (de trends worden weergegeven door een ononderbroken en een stippelijijn)**



Mogelijke verklaringen voor de stijging van de cijfers in 2007 moeten worden gezocht bij een verschuiving van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie, bij verschuivingen van ambulante zorgen naar daghospitalisatie, of bij een globale markttoename mogelijk geïnduceerd door de invoering van nieuwe forfaits. In de volgende paragraaf gaan we dieper in op deze verschillende hypothesen.



## 5. VERSCHUIVING TUSSEN DE ZORGOMGEVINGEN

### 5.1. Selectie van de zorgverstrekkings

Voor een nauwgezette studie van de verschuivingen tussen de verschillende zorgomgevingen concentreerden we ons op 16 (groepen) prestaties die grote uitgaven met zich meebrachten (gemiddeld jaartotaal A-code minstens een miljoen euro) en eveneens een jaarlijkse toename vertonen van de ratio prestaties daghospitalisatie/prestaties klassieke hospitalisatie.

### 5.2. Overzicht van de verschuivingen

Tabel 2 vat per geselecteerde prestatiegroep de veranderingen samen in het aantal daghospitalisaties/klasseke hospitalisaties. Anderzijds worden ook de drie types verschuivingen geëvalueerd. Onder de tabel illustreren we ieder type verschuiving met een aantal voorbeelden. Voor meer bijzonderheden per prestatiegroep verwijzen we de lezer naar het wetenschappelijk rapport (zie deel 6) dat bij deze synthese is gevoegd.




**Tabel 2 – Overzicht van de verschuivingen voor zestien geselecteerde prestatiegroepen**

| Klinische groep  | Wijzigingen in 2010 ten opzichte van 2000 <sup>a</sup> |           |         | % daghospitalisaties op het totaal aantal hospitalisaties |         | Evaluatie van de verschuivingen  |  |                                      |
|--|--|-----------|---------|---|---------|--|--|--------------------------------------|
|  | Klassieke hosp.  | Dag-hosp. | Totaal  | 2000 <sup>a</sup>   | 2010    | Klassieke hospitalisatie → daghospitalisatie   | Ambulante zorgen → daghospitalisatie   | Daghospitalisatie → ambulante zorgen |
| Ooglenschirurgie   | -10 856  | +62 543   | +51 687 | 71,7%   | → 94,0% | Toename van de daghospitalisatie groter dan de verschuiving  | Geen verschuiving  | Verschuivingstrend vanaf 2009        |
| Flexibele endoscopie van de lagere maagdarmltractus            | +2 170   | +87 047   | +89 217 | 68,3%   | → 81,9% | Voor 2005: toename daghospitalisatie zonder verschuiving<br>Sinds 2005: toename daghospitalisatie met verschuiving | Geen verschuiving  | Geen verschuiving                    |
| Tandchirurgie  | -12 054  | +93 777   | +81 723 | 86,6%   | → 98,0% | Toename van de daghospitalisatie groter dan de verschuiving  | Verschuiving in 2004-2005 (schrapping van 3 codeparen voor chirurgische tandextractie door tandartsen) | Verschuivingstrend vanaf 2009        |
| Chirurgische circumcisie                                       | -1 691   | +9 638    | +7 947  | 81,7%   | → 94,7% | Toename van de daghospitalisatie groter dan de verschuiving  | Geen verschuiving  | Geen verschuiving                    |
| Vrijmaken van de handworteltunnel                              | -1 804   | +13 894   | +12 090 | 81,3%   | → 93,3% | Toename van de daghospitalisatie groter dan de verschuiving  | Geen verschuiving  | Geen verschuiving                    |
| Menissectomie van het kniegewricht                             | -9 315   | +15 053   | +5 738  | 63,0%   | → 90,9% | Verschuiving: toename daghospitalisatie ≈ daling klassieke hospitalisatie  | Geen verschuiving  | Geen verschuiving                    |
| Operatieve behandeling liesbreuk                               | -4 568   | +7 213    | +2 645  | 13,0%   | → 32,4% | Verschuiving: toename daghospitalisatie ≈ daling klassieke hospitalisatie  | Geen verschuiving  | Geen verschuiving                    |
| Laparoscopische of transvaginale echogeleide follikelaspiratie | -749   | +9 083    | +8 334  | 89,3%   | → 99,7% | Globale toename. Sinds 2002 nagenoeg volledig vervangen door daghospitalisatie                                     | Verschuiving in 2002 (IVF-centra → intramuraal)  | Geen verschuiving                    |



| Klinische groep  | Wijzigingen in 2010 ten opzichte van 2000 <sup>a</sup> |           |          | % daghospitalisaties op het totaal aantal hospitalisaties |         | Evaluatie van de verschuivingen  |   |                                      |
|--|--|-----------|----------|---|---------|--|---|--------------------------------------|
|  | Klassieke hosp.  | Dag-hosp. | Totaal   | 2000 <sup>a</sup>   | 2010    | Klassieke hospitalisatie → daghospitalisatie   | Ambulante zorgen → daghospitalisatie                                    | Daghospitalisatie → ambulante zorgen |
| Totale hysteroscopische endometriumresectie                                      | -916   | +2 928    | +2 012   | 45,3%   | → 78,8% | Toename van de daghospitalisatie groter dan de verschuiving  | Geen verschuiving   | Geen verschuiving                    |
| Extracorporele niersteenverbrijzeling door schokgolven                           | -1 236   | +3 275    | +2 039   | 65,3%   | → 79,8% | Toename van de daghospitalisatie groter dan de verschuiving  | Verschuiving sinds 2007   | Geen verschuiving                    |
| Keelamandelverwijdering door middel van dissectie en gerelateerde NKO-prestaties | -7 140   | +15 961   | +8 821   | 70,5%   | → 83,1% | Verschuiving: toename daghospitalisatie ≈ daling klassieke hospitalisatie  | Geen verschuiving behalve voor trommelvliesbuis                         | Geen verschuiving                    |
| Implantatie subcutaan poortsysteem voor toediening van medicatie                 | +1 855   | +6 995    | +8 850   | 40,4%   | → 57,7% | Globale toename. Sinds 2007 toename daghospitalisatie groter dan verschuiving  | Verschuiving in 2002  | Geen verschuiving                    |
| Therapeutische epidurale infiltratie   | +5 557   | +104 144  | +109 701 | 94,5%   | → 94,9% | Onvoldoende gegevens (de beschikbare gegevens hebben slechts betrekking op een periode van 3,5 jaar)   | Verschuiving (paravertebrale infiltratie naar periradiculaire therapie) | Geen verschuiving                    |
| Spataderchirurgie  | -9 594   | +13 747   | +4 153   | 50,2%   | → 88,2% | Verschuiving voor 2009: toename daghospitalisatie ≈ afname klassieke hospitalisatie<br>Sinds 2009: toename daghospitalisatie groter dan verschuiving | Trend naar verschuiving medium chirurgie                                | Geen verschuiving                    |
| Verwijderen van osteosynthesemateriaal   | -4 254   | +5 967    | +1 713   | 67,9%   | → 79,3% | Verschuiving: toename daghospitalisatie ≈ daling klassieke hospitalisatie  | Geen verschuiving   | Geen verschuiving                    |
| Angiografie van de hartstreek  | +40 858  | +415      | +41 273  | 5,0%  | → 7,0%  | Geen verschuiving  | Geen verschuiving   | Geen verschuiving                    |

<sup>a</sup> Voor "therapeutische epidurale infiltratie" is het eerste jaar 2007 en niet 2000



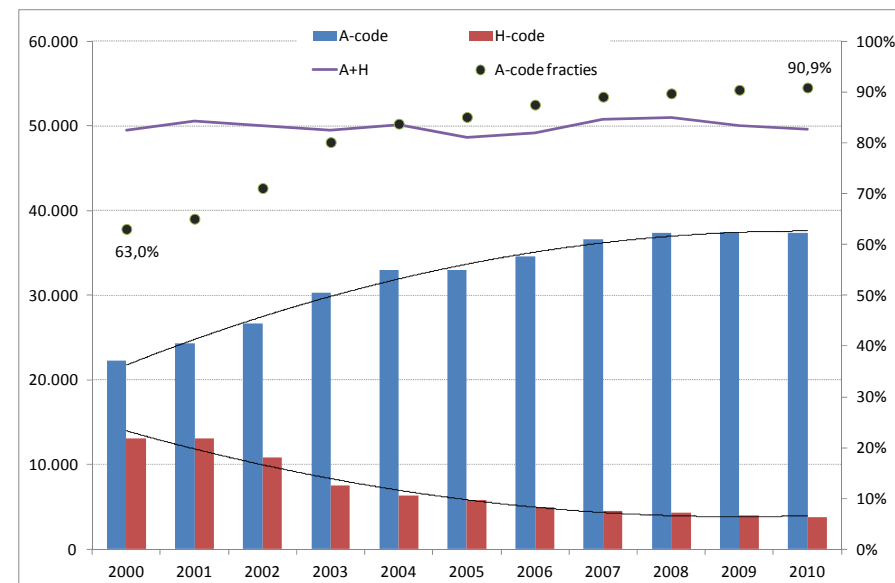
### 5.3. Verschuivingen van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie

De onderzochte prestaties kunnen in twee patronen worden ingedeeld:

- Een verschuiving waarbij de toename van de daghospitalisatie ongeveer overeenstemt met de daling van klassieke hospitalisatie;
- Toename van daghospitalisatie groter dan de verschuiving van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie.

Een voorbeeld van het eerste is de arthroscopische meniscectomie (predominante prestatie in de groep meniscectomie van de knie). Het aantal prestaties blijft tussen 2000 en 2010 met ongeveer 50 000 prestaties per jaar stabiel (zie Figuur 6). We stellen een gestadige toename vast van het aantal interventies uitgevoerd in daghospitalisatie (toename met 67,6%); die toename wordt gecompenseerd door een gelijkaardige daling binnen de klassieke hospitalisatie (-73,3%).

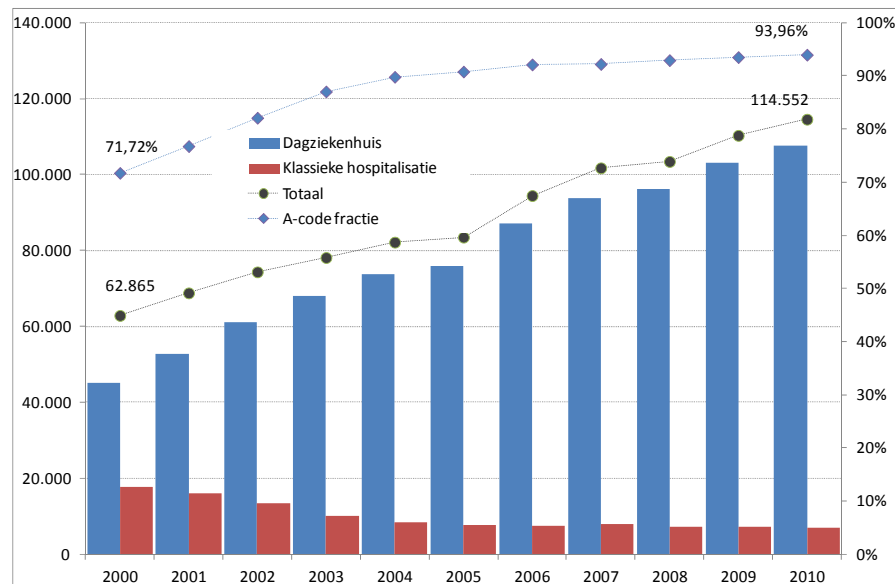
**Figuur 6 – Aantal daghospitalisaties (A-code) en klassieke hospitalisaties (H-code) voor arthroscopische meniscectomie tussen 2000 en 2010**



Eenvoudige cataractchirurgie (groepering van 4 codes voor ooglenschirurgie) is een voorbeeld van het tweede patroon. Tussen 2000 en 2010 steeg de eenvoudige cataractchirurgie in daghospitalisatie met 138,7%, terwijl de klassieke hospitalisatie slechts met 61,1% daalde (zie Figuur 7).



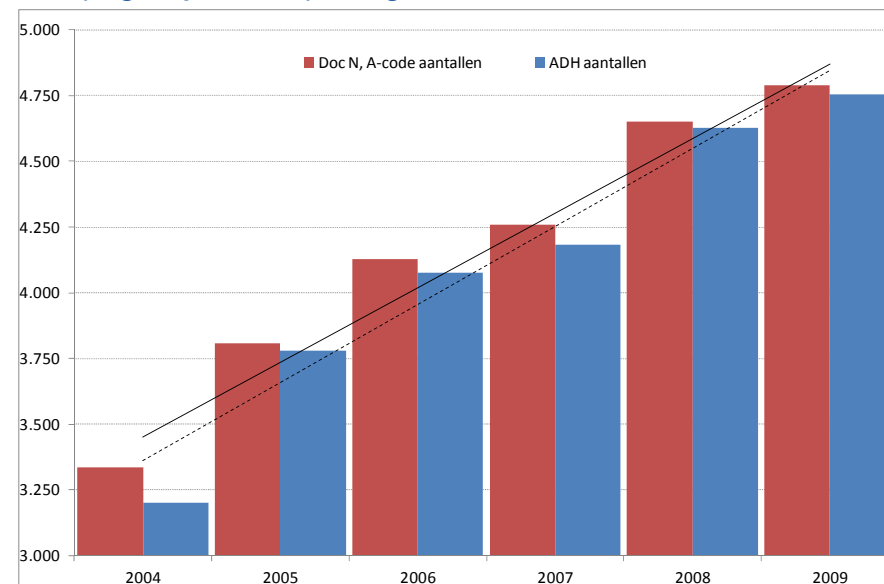
**Figuur 7 – Aantal daghospitalisaties (A-code) en klassieke hospitalisaties (H-code) voor eenvoudige cataractchirurgie tussen 2000 en 2010**



#### 5.4. Verschuivingen van ambulante zorgen naar daghospitalisatie

Therapeutische hysteroscopische endometriumresectie (THER) is een voorbeeld van verschuiving van ambulante zorg naar daghospitalisatie. Zoals eerder al uitgelegd moeten de RIZIV Doc N tellingen voor A-codes worden vergeleken met ADH tellingen of met Doc FH tellingen (beide uitsluitend daghospitalisatie) om de verschuiving van ambulante zorg naar daghospitalisatie te evalueren. De resultaten in Figuur 8 illustreren dat voor therapeutische hysteroscopische endometriumresectie het verschil tussen beide tellingen door de tijd heen afneemt. Het aantal ambulante THER is relatief gedaald, wat wijst op een verschuiving van ambulante zorg naar daghospitalisatie.

**Figuur 8 – A-code (ambulante zorgen + daghospitalisatie) en ADH (daghospitalisatie) tellingen voor THER tussen 2000 en 2010**

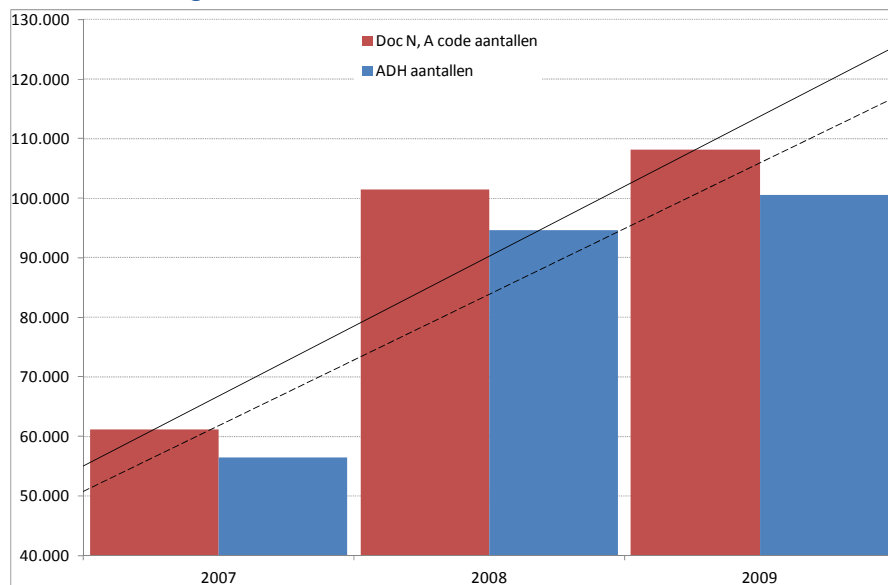


#### 5.5. Verschuivingen van daghospitalisatie naar ambulante zorg

Eenvoudige cataractchirurgie met laser of met ultrasone golven is een voorbeeld van een trend van daghospitalisatie naar ambulante zorg. De vergelijking tussen het jaarlijks aantal opnames in Doc N (daghospitalisatie + ambulante zorgen) voor deze specifieke prestatie en die in ADH (daghospitalisatie) suggereert dat het verschil tussen deze twee tellingen toeneemt (Figuur 9).



**Figuur 9 – A-code (ambulante zorgen + daghospitalisatie) en ADH (daghospitalisatie) tellingen voor cataractchirurgie met laser of met ultrasone golven tussen 2007 en 2009**



## 6. DAGHOSPITALISATIEACTIVITEIT EN FINANCIERING IN ANDERE LANDEN

### 6.1. Internationale vergelijking van het percentage chirurgische dagingrepen

De International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) voert om de twee jaar een internationaal onderzoek uit naar de prevalentie van dagchirurgie. Zo wordt het aantal procedures bij daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie voor een korf van 37 prestaties vergaard; daarvan wordt het aandeel prestaties uitgevoerd binnen daghospitalisatie berekend (percentage van chirurgische dagingrepen).

De resultaten van deze internationale vergelijking moeten met de nodige omzichtigheid worden beoordeeld; de database en de definities die voor de berekening worden gebruikt, verschillen immers van land tot land. Meer nog: hoewel de ingrepen worden benoemd met hun algemene naam en met hun internationale classificatiecodes, vallen onder bepaalde codes heterogene prestaties met uiteenlopende percentages van chirurgische dagingrepen. Daarom beperkten we de vergelijking tot relatief homogene procedures (Tabel 3).

De percentages van chirurgische dagingrepen zijn grosso modo vergelijkbaar met die in andere landen. Niettemin ligt het percentage van chirurgische dagingrepen voor laparoscopische cholecystectomie aanzienlijk lager dan in Engeland, Denemarken en de USA. Merk op dat deze prestatie niet voorkomt op Lijst A en geen recht geeft op een daghospitalisatieforfait. Om die reden is er geen duidelijke stimulans voor dagchirurgie voor deze ingreep.

Tabel 3 – Internationale vergelijking van percentages van chirurgische dagingrepen, 2009

| Procedure   | België | Frankrijk | Engeland | Nederland | Denemarken | USA (2007) |
|---|--------|-----------|----------|-----------|------------|------------|
| <b>Myringotomie (afvoeren van vocht via oorbuisjes)</b> | 96%    | 96%       | 87%      | 98%(2007) | 75%        | 98%        |
| <b>Tonsillectomie</b>                                   | 74%    | 63%       | 30%      | 32%       | 38%        | 90%        |
| <b>Cataractchirurgie</b>                                | 93%    | 78%       | 97%      | 99%       | 99%        | 99%        |
| <b>Correctie van scheel zien</b>                        | 93%    | 33%       | 92%      | 97%       | 84%        | 84%        |
| <b>Endoscopische sterilisatie van de vrouw</b>          | 75%    | 57%       | 85%      | 94%       | 91%        | 92%        |
| <b>Dilatatie + curettage</b>                            | 85%    | 63%       | 85%      | 70%       | 94%        | 86%        |
| <b>Arthroscopische meniscectomie</b>                    | 90%    | 74%       | 81%      | 93%       | 96%        | 98%        |
| <b>Vrijmaken carpale tunnel</b>                         | 95%    | 84%       | 95%      | 94%       | 93%        | 98%        |
| <b>Laparoscopische cholecystectomie</b>                 | 3%     | 1%        | 20%      | 6%        | 58%        | 53%        |
| <b>Operatieve behandeling liesbreuk</b>                 | 35%    | 20%       | 59%      | 67%       | 81%        | 86%        |
| <b>Excisie pilonidale cyste of sinus</b>                | 45%    | 19%       | 58%      | 91%       | 92%        | 91%        |
| <b>Circumcisie</b>                                      | 95%    | 90%       | 83%      | 95%       | 94%        | 91%        |
| <b>IAAS korf*</b>                                       | 78%    | 45%       | 77%      | 68%       | 86%        | 85%        |

\* Lijst van 37 ingrepen

## 6.2. Financiering van daghospitalisatie

Engeland en Denemarken implementeerden een uniek tarief voor daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie, wat een manifeste stimulans voor daghospitalisatie betekende. Dit tarief wordt berekend als een gemiddelde van de kosten van daghospitalisatie en van klassieke hospitalisatie, gewogen volgens het nationale aandeel van ieder type hospitalisatie (systeem met betaling per geval).

Frankrijk past een gelijkaardig systeem voor een selectie van Diagnosis Related Groups (DRGs) toe. De selectie van DRGs is gebaseerd op twee criteria: a) een zekere homogeniteit in DRG tussen daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie en b) een positief advies van medische deskundigen van wetenschappelijke verenigingen.

In 2010 voerde de National Health Service (NHS) van Engeland voor een selectie van ingrepen de "best day-care practice" tarieven in. Het tarief

voor deze ingrepen ligt voor daghospitalisatie hoger dan voor klassieke hospitalisatie. Voor de selectie van de ingrepen baseerde men zich op de aanbevelingen van de British Association of Day Surgery (BADs). BADs publiceert ieder jaar een lijst van ingrepen die in aanmerking komen voor daghospitalisatie, samen met percentages die volgens hen in de meeste gevallen haalbaar zijn. Deze percentages van daghospitalisatie worden verkregen na overleg met ziekenhuizen die erkend worden als toonaangevend op het vlak van dagchirurgie.



## 7. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Voor een groeiend aantal chirurgische en niet-chirurgische behandelingen is het vanuit medisch opzicht niet langer nodig om een patiënt meerdere dagen aan een ziekenhuisbed gekluisterd te houden. Meer nog: de prestaties die worden verstrekt in dagziekenhuis zijn goedkoper voor de samenleving. Uitgaande van die twee vaststellingen zouden we verwachten dat de overheid het afgelopen decennium aanzienlijk bespaarde op financiële middelen voor ziekenhuizen. De resultaten van de globale analyse en van de casestudies weerleggen dit vermoeden. De toename van de uitgaven van daghospitalisatie ging niet gepaard met een daling van de uitgaven bij de klassieke hospitalisatie. Hoewel het aantal klassieke hospitalisaties daalde door een algemene en continue trend richting kortere verblijven, daalden het aantal klassieke hospitalisaties en de uitgaven van de klassieke hospitalisatie niet.

Theoretisch gezien kan de toename van de uitgaven voor daghospitalisatie een gevolg zijn van de verschuivingen binnen de zorgomgevingen, van een globale toename van de medische praktijk, of van prijsinflatie. Die drie factoren kunnen afzonderlijk of gecombineerd werken en zijn het resultaat van technologische innovatie, de evolutie van de medische praktijkvoering, maar ook van beslissingen in het kader van het gezondheidszorgbeleid.

We vestigen er ook de aandacht op dat hoewel de Belgische wetgeving de term "forfait" gebruikt het een vorm van honorarium per prestatie is. Ieder forfait vergt de verstrekking van een specifieke prestatie of van een prestatiepakket. Om de terminologie van de wet te respecteren gebruiken we in dit rapport de term "forfait".

### 7.1. Evolutie van daghospitalisatie: een gemengd beeld van verschuivingen en toenames

Binnen de daghospitalisatieactiviteiten onderscheiden we **drie patronen**.

Een eerste typisch patroon doet zich voor wanneer de daghospitalisatieactiviteit toeneemt "ten koste van" de klassieke hospitalisatie en het aantal hospitalisaties bijgevolg relatief stabiel blijft, zodat men zou kunnen aannemen dat het een **verschuiving** betreft van **klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie**. In sommige gevallen zoals bij arthroscopische meniscectomie, tonsillectomie en het verwijderen van diep osteosynthesemateriaal, is er technologisch nagenoeg niets veranderd en hebben de verschuivingen een reglementaire grondslag. In andere gevallen kan de oorzaak voor de verschuiving liggen bij de beschikbaarheid van een nieuwe technologie om tot eenzelfde resultaat te komen: aanbrengen van een "netje" voor de behandeling van liesbreuk en nieuwe, minder agressieve technieken voor de verwijdering van spataders. In één casestudie deed de verschuiving zich niet voor naar een gelijkaardig type interventie maar van invasieve uterus-extirpatie naar orgaansparende technieken.

In de meeste gevallen gaat de vermindering van de klassieke hospitalisatie gepaard met een sterkere toename binnen de daghospitalisatie. **De toename van de daghospitalisatie kan slechts gedeeltelijk worden verklaard door een instroom van de klassieke hospitalisatie**. Voor bepaalde ingrepen stelden we een duidelijke verschuiving van ambulante zorgen naar daghospitalisatie vast, vb. voor middelzware spataderchirurgie (geïsoleerd beschouwd) en de laparoscopische of echogeleide transvaginale follikelaspiratatie (voor 2002). Voor andere ingrepen stelden we geen duidelijke verschuiving vast tussen de verschillende zorgomgevingen, vb. voor ooglenschirurgie, flexibele endoscopie van het lagere darmkanaal, chirurgie van het handwortelkanaal, extracorporele niersteenverbrijzeling, circumcisie en angiografie van de hartstreek. Een verruiming van indicaties (door demografische veranderingen) of een verschuiving van "niet-interventionele zorg" naar "interventionele zorg", al dan niet in de hand gewerkt door veranderingen in het financieringssysteem zijn de meest plausibele verklaringen.



Afgezien van de toename van het aantal daghospitalisaties kunnen we ook een toename vaststellen van het aantal klassieke hospitalisaties, wat een uiting is van de toename van **de globale geneeskundepraktijk**. Een voorbeeld is het implanteren van een subcutaan poortsysteem voor de toediening van medicatie (tot 2005).

Hoewel alle eerdere gevallen verschuivingen veronderstelden in de richting van daghospitalisatie, kunnen de verschuivingen zich ook voordoen in de andere richting: weg van ziekenhuiszorg. Verschuivingen van daghospitalisatie naar ambulante zorg zijn nog moeilijker aan te tonen en weerspiegelen nog subtielere interacties tussen zowel de medische markt, de technologische evolutie en de evoluerende klinisch praktijk en ziekenhuisgerelateerd gezondheidsbeleid, met mogelijke belangenconflicten tussen de ziekenhuisbeheerders en de medische specialisten. We vonden daarvan twee voorbeelden: oogchirurgie en tandchirurgie, beide slechts heel recent (sinds 2009). Vanuit een louter budgettair standpunt valt er onmiskenbaar veel te zeggen voor dergelijke evoluties. Wat het standpunt van het volksgezondheidsbeleid en het sociaal-politieke standpunt betreft, daarentegen, kunnen er vragen worden gesteld rond de kwaliteit van de verstrekte zorg en rond de billijkheid voor sociaal zwakke patiënten.

## 7.2. Impact van het financieringssysteem en van de regelgeving

Omdat de financiering van de gezondheidszorg niet binnen een gecontroleerde omgeving plaatsvindt, kan het effect van andere beleidsbeslissingen die gelijktijdig werden doorgevoerd moeilijk worden geïsoleerd. Niet alleen financiële stimuli maar ook de regelgeving kan de ontwikkeling van chirurgische en niet-chirurgische daghospitalisatie in de hand werken (of blokkeren). Uiteraard zijn regelgeving en financiële stimuli vaak onderling verweven. Zo combineren Lijst A en Lijst B voor ingrepen in daghospitalisatie regelgeving en financiële stimuli om de daghospitalisatieactiviteiten aan te moedigen. Het ziekenhuis dat voor een behandeling moet kiezen tussen een klassieke hospitalisatie en een daghospitalisatie laat zich leiden door de financiële stimuli voor ingrepen op Lijst A en door financiële ontradende maatregelen voor ingrepen op

Lijst B. De inhoud van beide lijsten wordt in eerste instantie door de regelgeving vastgelegd.

De hervorming van 2002 bracht voor een aantal ingrepen zoals follikelaspiratie, behandeling van liesbreuk of het aanbrengen van een subcutane poortsysteem een verschuiving van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie teweeg. In het eerste voorbeeld veroorzaakte de hervorming ook een verschuiving van ambulante zorg naar daghospitalisatie met een intramurale migratie van in vitro fertilisatiecentra (IVF).

Het effect van de hervorming van 2007 waarbij 7 nieuwe groepen forfaits werden ingevoerd (en andere geschrapt) is zichtbaar in de globale analyses en in een aantal casestudies. Globaal gesproken gaat het hier om een prijseffect (gemiddelde toename van om en bij de 15% voor de 7 groepen, meer dan 34% voor chirurgische daghospitalisatie) en een volume-effect (globale stijging van 24%) sinds 2007. Voorbeelden van de casestudies zijn de flexibele endoscopie van het lagere darmkanaal, de extracorporele niertseenverbrijzeling en de therapeutische epidurale infiltratie. De plotse enorme toename van het aantal therapeutische epidurale infiltraties, met een indrukwekkende verschuiving van de vroegere paravertebrale infiltratie (PVI) naar moderne periradiculaire therapie (PRT), is een treffend voorbeeld van een gewild geïnduceerde verschuiving van overwegend ambulante infiltraties naar uiterst precies gelokaliseerde technieken, begeleid door precisiebeeldvorming in een intramurale omgeving. De resultaten voor niersteenverbrijzeling zijn sterk gelijklopend.





### 7.3. Beperkingen van de studie

De elektronische medische registratie van ziekenhuisopnames evolueerde van een controle-instrument voor het opvolgen van de ziekenhuisactiviteit naar een instrument om onderzoek te verrichten. Een aantal publicaties vestigt echter de aandacht op de mogelijke onnauwkeurigheid van dergelijke registraties.

Anderzijds waren al onze analyses descriptief en waren de verschuivingseffecten niet kwantificeerbaar; dit bemoeilijkte statistische tests en maakt het bepalen van causale verbanden ietwat speculatief.

Bovendien voerden we geen onderzoek uit naar de effecten van andere omgevingsfactoren. Bredere organisatorische elementen, zoals communicatie met thuiszorg (thuisverpleegkundigen, huisartsen) kwamen nauwelijks aan bod. Andere pertinente voorbeelden zijn sociaal-economische status (sociaal zwakke bevolkingsgroepen), afstand tot het ziekenhuis, geografische spreiding en beschikbaarheid van ziekenhuisbedden. Een meer diepgaande analyse van de verklarende factoren voor een toename van het volume of van de uitgaven voor daghospitalisatie zou rekening moeten houden met alle factoren samengevat in Figuur 1.

### 7.4. Evaluatie van de actuele financiering van daghospitalisatie

#### 7.4.1. Gebrek aan transparantie

De financiering van daghospitalisatie in België is grotendeels het resultaat van opeenvolgende politieke keuzes en afspraken tussen stakeholders om ziekenhuizen de nodige financiële stimuli te verstrekken ter aanmoediging van daghospitalisatie. Niet alleen is de structuur van de financiering complex, maar het ontbreekt haar ook aan samenhang.

De financiering van daghospitalisatie in België wordt gekenmerkt door een dubbele dichotomie:

- Een deel van de financiering (m.a.w. chirurgische daghospitalisatie) zit vervat in het BFM, dat een gesloten budget is. Het andere gedeelte wordt gefinancierd door een reeks forfaits, die in feite "een vergoeding per verstrekking" zijn voor de ziekenhuizen, met een minder stringente budgetcontrole.
- Een deel van de financiering is ziekenhuisafhankelijk: chirurgische daghospitalisatie, Mini en Maxiforfaits vallen onder het B2 gedeelte van het BFM. Het andere gedeelte is ziekenhuisonafhankelijk (vb. forfaits 1 tot 7 voor niet-chirurgische daghospitalisatie en forfaits 1 tot 3 voor chronische pijnbehandeling, die allemaal in 2007 werden ingevoerd).

De logica van deze dubbele dichotomie is niet duidelijk. Zo worden de meeste chirurgische ingrepen in daghospitalisatie gefinancierd via het BFM, terwijl andere worden gefinancierd door forfaits.

De complexiteit en het gebrek aan samenhang kunnen bij het toepassen van de regels tot verwarring leiden. Zo bevat de nominatieve lijst van groep 7 een aanzienlijk aantal ingrepen die doorgaans worden uitgevoerd onder algemene of loco-regionale anesthesie en daarom onder de regel van het Maxiforfait vallen. Het duurde even voor de ziekenhuizen zich er bewust van werden dat het groep 7 forfait een betere terugbetaling opleverde dan het traditioneel aangerekende Maxiforfait.

Een ander voorbeeld van het gebrek aan duidelijkheid van het huidige systeem betreft de onvoldoende discriminerende definitie van de nomenclatuurcode. Zo leidden algemene omschrijvingen als "iedere



aandoening die een intraveneus infuus vergt" (1993) of ieder "keep vein open" (KVO) infuus voor therapeutische redenen (2007) tot maximale KVO instructies binnen daghospitalisatie.

#### *7.4.2. Gebrek aan wetenschappelijk bewijsmateriaal ter ondersteuning van de keuze voor een bepaalde zorgomgeving*

Hoewel de wereld van de medische technologie snel evolueert, dateert de initiële selectie van ingrepen op Lijst A van 2002 waaraan, het jaar 2007 buiten beschouwing gelaten, nauwelijks nieuwe ingrepen werden toegevoegd.

Voor het onderscheid tussen chirurgische en niet-chirurgische daghospitalisatie blijft men zich verder baseren op historische en intussen verouderde lijsten; er werden geen geformaliseerde inspanningen geleverd om een globale oplisting te maken van voor daghospitalisatie erkende ingrepen gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, ongeacht of ze als chirurgisch dan wel als niet-chirurgisch worden geclassificeerd. De actueel achterhaalde samenstelling van Lijst A heeft een remmend effect op de verdere groei van de chirurgische daghospitalisatie. Het percentage daghospitalisatie voor laparoscopische cholecystectomie bedraagt in België 3% terwijl dat in sommige andere landen meer dan 50% bedraagt. Cholecystectomie komt niet voor op Lijst A en dus worden de ziekenhuizen er financieel niet toe aangezet om dit naar daghospitalisatie over te brengen.

Sinds 2007 worden er nieuwe ingrepen gefinancierd doordat ze werden toegewezen aan een van de 7 groepen forfaits. We vonden geen rechtvaardiging voor de keuze voor toevoeging van bepaalde nieuwe ingrepen.

## 7.5. Mogelijke richtlijnen voor de toekomst

### *7.5.1. Een globaal plan voor ziekenhuisactiviteiten*

Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw, werden daghospitalisatieactiviteiten in België gestimuleerd, zonder echter te beschikken over een expliciet en globaal plan voor de ontwikkeling of de financiering van de daghospitalisatie. Een eerste stap van dergelijk plan zou erin moeten bestaan een lijst op te stellen van wetenschappelijk erkende daghospitalisatie-interventies. Die lijst zou moeten worden opgesteld door een wetenschappelijk comité, naar het voorbeeld van de National Health Service in Engeland. Die stap moet eerst worden gezet ongeacht het stelsel van financiering van daghospitalisatie.

Een tweede stap betreft de financiering van de geselecteerde ingrepen. Vermits er geen rationele argumenten bestaan om hospitalisatie deels te financieren binnen en deels buiten het ziekenhuisbudget (BFM), zou hospitalisatie uit een en dezelfde bron moeten worden gefinancierd. Omwille van budgetcontrole lijkt het ziekenhuisbudget de meest gepaste financieringsbron. Ten derde zou de financiering regelmatig moeten worden aangepast aan de evolutie van de medische en technologische wereld.



### *7.5.2. Internationale trends op het gebied van financiering van daghospitalisatie*

Een van de grootste hervormingen binnen de ziekenhuissector sinds begin van de jaren 1990 is de wereldwijde invoering van prospectieve betaalsystemen, waarbij ziekenhuizen een vast bedrag per type verblijf ontvangen, ongeacht de eigenlijke kosten van de verstrekte zorgen. In het merendeel van de landen wordt een variant van de Diagnosis Related Group (DRG) methode als maatstaf van de case-mix van het ziekenhuis gebruikt. In een toenemende groep landen worden daghospitalisatie en ambulante zorg gefinancierd door DRG-gebaseerde betalingen. Bovendien hanteren vele onder hen een uniek tarief voor klassieke en daghospitalisatie, althans binnen geselecteerde DRG's. Voorstanders stellen dat stimuli voor daghospitalisatie de efficiëntie zullen opvoeren en de kosten drukken. Tegenstanders zullen dan weer beklemtonen dat het gevaar bestaat dat gezondere patiënten worden uitgeselecteerd. De voor- en nadelen van de verschillende systemen moeten in ieder geval nauwgezet worden afgewogen teneinde de verstrekkers te stimuleren, in lijn met de maatschappelijke doelstellingen.

Uiteraard is een systeem van betaling per geval niet de enige manier om te komen tot meer samenhang, transparantie en doeltreffendheid in het huidige systeem van ziekenhuisfinanciering. Maar het huidige systeem van financiering uit verschillende bronnen (BFM en forfaits) is beslist niet de toekomst.

Indien er in België zou worden geopteerd voor een betalingssysteem per geval, moet in ieder geval worden nagegaan of een gelijke prijsbepaling voor daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie, zoals we die in andere landen zien, raadzaam is. Verder moet er ook worden beslist of er voor alle DRG's een uniek tarief moet worden geïmplementeerd, dan wel voor slechts een selectie. Simulaties met Belgische gegevens moeten daarom de kosten- en klinische heterogeniteit beoordelen, zowel binnen iedere DRG als tussen daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie.



## ■ AANBEVELINGEN<sup>b</sup>

### Aan de Minister, na advies van de bevoegde instanties

- **Vooraleer een nieuwe hervorming voor de organisatie en financiering van daghospitalisatie wordt ingevoerd, moet een globaal plan met duidelijke doelen en strategieën opgesteld worden om de uitbreiding van daghospitalisatie te ondersteunen en te faciliteren.**
  - **Het plan moet een duidelijk kader omvatten waarin voor elk type van zorg gedefinieerd is waar ze preferentieel verstrekt wordt: ambulante, in daghospitalisatie of in klassieke hospitalisatie.**
  - **Een lijst met procedures en interventies met wetenschappelijk gegronde indicatie voor daghospitalisatie moet worden opgesteld door een adviesraad. Deze adviesraad moet bestaan uit vertegenwoordigers van de betrokken medische specialismen.**
  - **Wanneer haalbaar en raadzaam moet er een concreet doel (%) voor daghospitalisatie worden vooropgesteld op basis van wetenschappelijk advies, internationale trends en ziekenhuis-benchmarking.**
- **Voor een toekomstige geïntegreerde financiering van daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie wordt aanbevolen:**
  - **om de procedures en interventies van bovenstaande lijst door één enkele bron te financieren;**
  - **op basis van een jaarlijks vast te leggen gesloten budget voor ziekenhuizen;**
  - **voor meer transparantie, coherentie en efficiëntie moet een volledige pathologiefinanciering van daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie worden beoogd;**
  - **voor relatief homogene pathologieën zou hetzelfde tarief voor daghospitalisatie en klassieke hospitalisatie moeten worden overwogen.**

<sup>b</sup> Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen aan de overheid.



- **In afwachting van een omvattende hervorming kunnen volgende korte-termijn aanbevelingen worden geformuleerd:**
  - **De nomenclatuur, de lijsten A en B en/of de toepassingsregels moeten sneller worden aangepast aan het verschijnen van nieuwe procedures of technieken, of van nieuwe indicaties voor bestaande procedures of technieken, rekening houdend met wetenschappelijk bevindingen en standaarden voor veiligheid en kwaliteit van zorg. Dit vraagt een aanpassing aan het huidige wettelijke kader.**
  - **De criteria voor het toevoegen van een interventie aan Lijst B moeten transparanter worden, en het algoritme voor het toepassen van de financiering ervan moet vereenvoudigd worden.**
  - **Eén interventie in daghospitalisatie mag slechts recht geven op aanrekening van één type forfait.**
  - **Het aanrekenen van het Miniforfait moet verder worden beperkt door strictere toepassingsregels, bv door duidelijk te omschrijven wat uitgesloten is van het forfait.**
  - **Nomenclatuurcodes die vandaag tot dubbelzinnige interpretatie en oneigenlijk gebruik leiden moeten worden verduidelijkt.**
  - **Gelijkaardige nomenclatuurcodes moeten gelijkaardige prijzen krijgen om optimalisatiestrategieën te vermijden.**



## ■ ONDERZOEKS AGENDA

- Er is nood aan bijkomend onderzoek naar andere factoren, die de keuze tussen klassieke hospitalisatie, daghospitalisatie en ambulante zorg bepalen, naast financiering en regelgeving:
  - Medische praktijk en technologie;
  - Socio-demografische evoluties (vb. ouder wordende bevolking);
  - Socio-economische factoren (vb. beschikbaarheid mantelzorg, patiëntvoorkeur, kost voor de patiënt);
  - Organisatie van de zorg (vb. nazorg, beschikbaarheid van personeel, beschikbaarheid bedden).
- Voorafgaand aan een pathologiefinanciering, moet er onderzoek gebeuren naar de homogeniteit van de pathologiegroepen.





## COLOFON

|                      |   |
|----------------------|---|
| Titel:               | Evolutie van daghospitalisatie: impact van de financiering en regelgeving - Synthese  |
| Auteurs:             | Stefaan Van de Sande, Nathalie Swartenbroekx, Carine Van de Voorde, Carl Devos, Stephan Devriese  |
| Reviewers:           | Frank Hulstaert, Koen Van den Heede   |
| Externe experts:     | Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV); Françoise De Wolf (UNMS), Peter Fontaine (Stedelijk Ziekenhuis Roeselare), Luc Van Outryve (AZ Sint-Lucas), Muriel Wantier (ANMC) |
| Acknowledgements:    | Yves Parmentier (Cellule Technique – Technische Cel)  |
| Externe Validatoren: | Paul Gemmel (UGent); Julian Perelman (Universidade Nova de Lisboa), Hilde Pincé (UZ Leuven)   |
| Belangenconflict:    | Geen gemeld   |
| Layout:              | Ine Verhulst  |

### Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

|                    |   |
|--------------------|---|
| Publicatiedatum:   | 18 december 2012  |
| Domein:            | Health Services Research (HSR)  |
| MeSH:              | Reimbursement Mechanisms; Health Care Reform; Day Care; Hospitalisation |
| NLM classificatie: | WX 157  |
| Taal:              | Nederlands  |





Formaat: Adobe® PDF™ (A4)  
Wettelijk depot: D/2012/10.273/92

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Van de Sande S, Swartenbroekx N, Van de Voorde C, Devos C, Devriese S. Evolutie van daghospitalisatie: impact van de financiering en regelgeving - Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Reports 192As. D/2012/10.273/92.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

